

<sup>1)</sup>Abteilung Psychosoziale Medizin  
<sup>2)</sup>Klinik für Reproduktionsendokrinologie  
Universitätsspital Zürich

M. Sigg<sup>1)</sup>, R. Klaghofer<sup>1)</sup>, B. Imthurn<sup>2)</sup>, C. Buddeberg<sup>1)</sup>

## **Sexualmedizinische Behandlungsfälle - Entwicklungen 1980 – 1990 – 2004**

### **Sexual Medicine Cases of Treatment - Developments 1980 – 1990 – 2004**

#### ***Einleitung***

Sexuelle Funktionsfähigkeit spielt für die Lebenszufriedenheit von Frauen und Männern bis ins hohe Alter eine wichtige Rolle. In einer breit angelegten internationalen Studie an Personen beiderlei Geschlechts und unterschiedlichen Alters gaben 58 % der Frauen und 57 % der Männer an, mit ihrem Sexualleben nicht vollständig zufrieden zu sein [1].

Männer klagen in jüngeren Jahren vor allem über eine mangelnde Ejakulationskontrolle und in der zweiten Lebenshälfte über eine zunehmende erektile Dysfunktion. Bei Frauen dominiert in allen Altersstufen ein Mangel bzw. Verlust an sexuellem Interesse [1-4]. Auch in einer Studie an Deutschweizer Frauen und Männern über 40 Jahre waren Libidomangel und Erektionsschwierigkeiten die am häufigsten geklagten Probleme [5].

Die Angaben über die Ein-Jahres-Prävalenz sexueller Funktionsstörungen variieren beträchtlich [6-8], was vor allem auf eine nicht einheitliche Klassifikation dieser Störungen sowie unterschiedliche Erhebungsmethoden und Altersverteilungen in den Stichproben zurückzuführen ist [9].

In einer repräsentativen, methodisch sorgfältig durchgeführten Studie aus England an Personen im Alter von 16 bis 44 Jahren berichteten 34,8 % der Männer und 53,8 % der Frauen, während der vergangenen 12 Monate ein sexuelles Problem über mehr als einen Monat gehabt zu haben. Eine Persistenz des Problems über mehr als 6 Monate berichteten 6,2 % der Männer und 15,6 % der Frauen [8]. Diese Zahlen verdeutlichen, dass sexuelle Probleme nicht vorschnell mit klinisch relevanten Störungen gleichzusetzen sind, die einer Behandlung bedürfen [10].

Am Universitätsspital Zürich existiert seit 1976 eine interdisziplinäre Sexualmedizinische Sprechstunde, in welcher jährlich zwischen 100 und 150 neue Patienten abgeklärt und behandelt werden. Die vorliegende Studie hat folgende Zielsetzungen: Zum einen soll die Diagnosenverteilung und Behandlungsstatistik dieser Spezialsprechstunde in den

Jahrgangskohorten 1980, 1990 und 2004 untersucht werden. Zum anderen sollen die Daten mit den Ergebnissen verglichen werden, welche in drei Befragungen von Hausärzten in den selben Jahren ermittelt wurden [11]. Die Diagnosen der 1980 behandelten Fälle wurden nach ICD-10 adaptiert. Sexuelle Funktionsstörungen kommen in der Durchschnittsbevölkerung zwar häufig vor [1, 2, 5], werden bei einer Arztkonsultation aber nur selten angesprochen [12].

## **Methodik**

### *Auswertung der Krankengeschichten*

Für die Auswertung der Krankengeschichten (KG) wurden die wichtigsten Angaben und Informationen bei *Behandlungsbeginn* und *-ende* erfasst. Neben Angaben zur Person wurden der Zuweisungsmodus, die sexualmedizinischen Hauptdiagnosen sowie allfällige psychische und somatische Komorbiditäten registriert. Am Ende interessierten folgende Fakten: Anzahl Konsultationen, Behandlungsart, Art des Behandlungsabschlusses, Zustand bei der letzten Konsultation im Vergleich zur Erstkonsultation und Empfehlungen zur Weiterbehandlung.

### *Stichproben*

Insgesamt konnten 385 KGs ausgewertet werden, wobei die Zahlen zwischen den drei Jahrgängen variierten (1980: 124 KGs; 1990: 177 KGs; 2004: 84 KGs). Diese Zahlen resultieren nicht aus Schwankungen der zugewiesenen Fälle, sondern aus den unterschiedlichen personellen Ressourcen, die für die Sexualmedizinische Sprechstunde in den einzelnen Jahren zur Verfügung standen. Rund zwei Drittel der Patienten waren Frauen (N=253, 65,7 %) und ein Drittel Männer (N=132, 34,3 %), was u.a. damit erklärt werden kann, dass die Sprechstunde im Ambulatorium der Frauenklinik stattfindet und somit die „Eintrittsschwelle“ für Männer vermutlich höher ist als für Frauen. Das Alter variierte bei den Patientinnen zwischen 18 und 62 Jahren, wobei das Durchschnittsalter 1980 mit 30,6 Jahren etwas tiefer lag als 2004 mit 34,4 Jahren. Bei den Männern war der jüngste Patient 17 und der älteste 79 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt lag mit 37,6 Jahren (Jahrgangskohorte 1980) und 44,7 Jahren im Jahr 2004 jeweils höher als bei den Frauen. Der *Zivilstand* ergab in den Jahrgangskohorten folgendes Bild: Bei den Männern waren ca. zwei Drittel verheiratet, bei den Frauen mit 55 bis 63 % etwas weniger. Die Zahl der *Selbstanmeldungen* lag bei den männlichen Patienten mit ca. 40 % etwas höher als bei den weiblichen mit rund 30 %. Etwa 60 % der Frauen wurden von Hausärztinnen oder Frauenärztinnen der Spezialsprechstunde zugewiesen.

## Statistische Auswertung

Da es sich um drei unterschiedliche Jahrgangskohorten über einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren handelt, werden die Daten nur deskriptiv in Form von Häufigkeiten, Prozent- und Rangwerten dargestellt.

## Ergebnisse

### Sexualmedizinische Hauptdiagnosen

Die Verteilung der Diagnosen gemäss ICD-10 der drei Jahrgangskohorten sind in den Abbildungen 1a und 1b dargestellt.

Abbildung 1a: Hauptdiagnosen Frauen

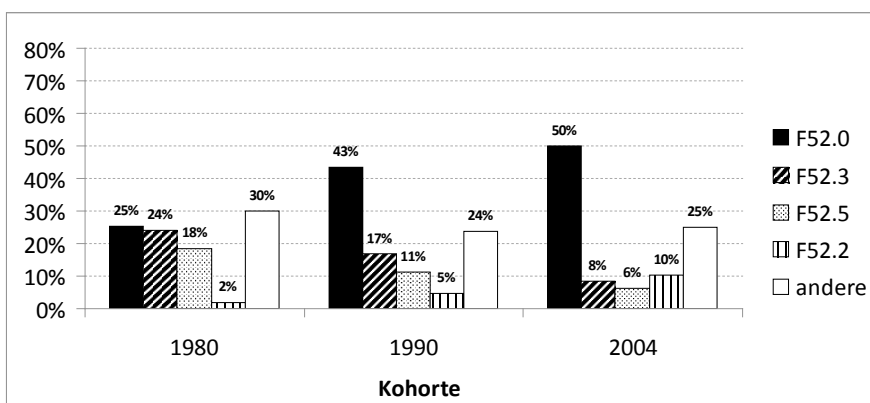
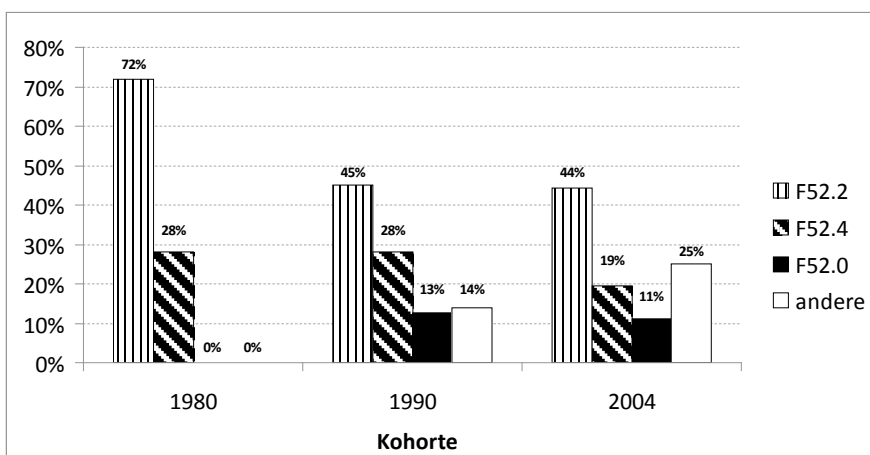


Abbildung 1b: Hauptdiagnosen Männer



**Abbildung 1: ICD-10-Diagnosen: F 52.0 Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen; F 52.2 Versagen genitaler Reaktionen; F 52.3 Orgasmusstörungen; F 52.4 Ejaculatio praecox; F 52.5 Nichtorganischer Vaginismus**

Bei den *Patientinnen* zeigt sich von 1980 bis 2004 eine Verdoppelung der sexuellen Appetenzstörungen (F 52.0, Mangel oder Verlust an sexuellem Verlangen), während der Anteil der Frauen mit Orgasmusstörungen (F 52.3) und nichtorganischem Vaginismus (F 52.5) abnahm. Sexuelle Erregungsstörungen (F 52.2) nahmen leicht zu, spielten insgesamt aber nur eine untergeordnete Rolle. Die Gruppe „andere Störungen“ betrug jeweils ca. ein Viertel der Fälle. In dieser Kategorie sind Störungen wie nicht organische Dyspareunie, Erlebnisstörungen, suchartiges sexuelles Verlangen u.a. zusammengefasst.

Bei den *Patienten* zeigen sich im Kohortenvergleich ebenfalls deutliche Veränderungen im Diagnosespektrum. Die erektile Dysfunktion (F 52.2) war in allen drei Jahrgängen die mit Abstand am häufigsten geklagte Störung. 1980 kamen drei von vier Männern mit dieser sexuellen Dysfunktion, 1990 und 2004 war es knapp jeder zweite Patient. Eine Ejaculatio praecox (F 52.4) ist bei jüngeren Männern ebenfalls häufig Anlass für eine sexualmedizinische Behandlung, hat jedoch 2004 anteilmässig abgenommen. Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F 52.0) wird bei Männern deutlich seltener diagnostiziert als bei Frauen. In die Kategorie „andere Störungen“ fallen Dyspareunie, genitale Dismorphophobie („kleiner Penis“) und mit zunehmendem Trend sexuelle (Internet-)Sucht.

Frühere bzw. aktuelle psychiatrische Behandlungen wurden erst ab 2004 in den KGs systematisch dokumentiert. 17 % der Frauen und 11 % der Männer gaben 2004 an, schon psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt worden zu sein. Somatische Begleiterkrankungen (in den Kohorten 1990 und 2004 systematisch erfasst) fanden sich bei beiden Geschlechtern nur bei ca. 10 % der Fälle, deren Bedeutung für die sexuelle Funktionsfähigkeit mehrheitlich als gering beurteilt wurde.

### *Art der Behandlung*

Hinsichtlich der *durchschnittlichen Konsultationszahl pro Behandlungsfall* ergibt sich folgendes Bild: Ein bis drei Konsultationen hatten von den Patientinnen 55 % und von den Patienten 75 %. D.h. bei der Mehrzahl der Fälle beschränkt sich die Behandlung auf eine differenzierte Diagnosestellung, die Vermittlung von Informationen, die Korrektur von Fehlvorstellungen und Empfehlungen zu Verhaltensänderungen und oft eine Überweisung zur Weiterbehandlung. Lediglich 25 % der Männer und 45 % der Frauen haben mehr als drei Konsultationen, und von diesen haben nur wenige eine länger dauernde Sexualtherapie im engeren Sinn mit mehr als 10 Konsultationen.

Betrachtet man die *wichtigste Behandlungsart*, so zeigt sich für Frauen und Männer ein unterschiedliches, auch im Kohortenvergleich sich änderndes Bild.

Abbildung 2a: Wichtigste Behandlungsart Frauen

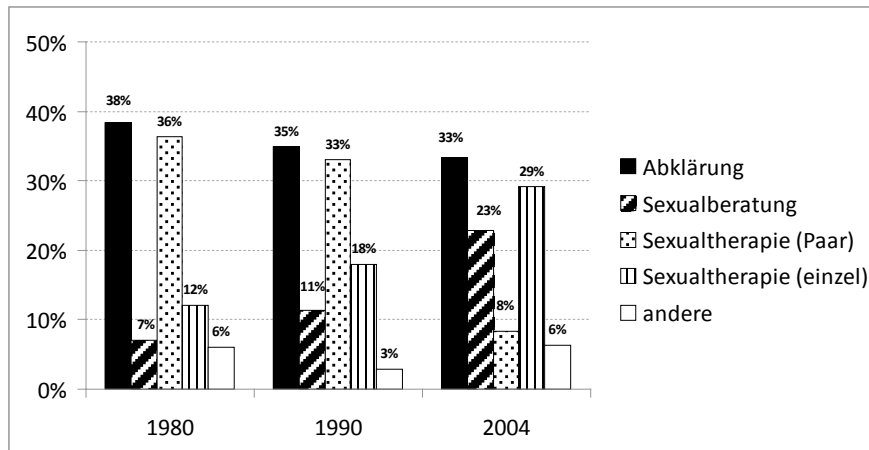


Abbildung 2b: Wichtigste Behandlungsart Männer

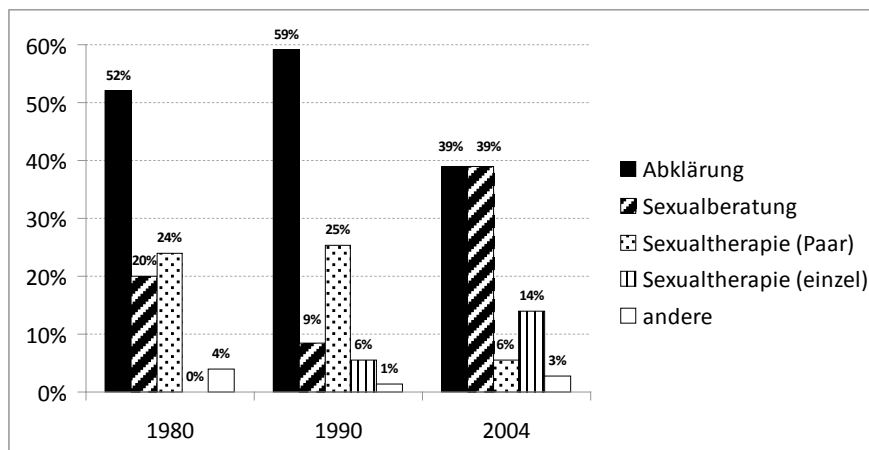


Abbildung 2: Wichtigste Behandlungsarten

Bei den *Frauen* sind in den Jahren 1980 und 1990 Abklärungen und Sexualtherapien im Paarsetting mit je einem Drittel die häufigsten Behandlungsarten. 2004 ist neben der Abklärung die Sexualtherapie im Einzelsetting die häufigste Intervention. Sexualtherapien im Paarsetting haben gegenüber den früheren Jahren deutlich abgenommen.

Bei den *Männern* dominieren 1980 und 1990 Abklärungen mit mehr als 50 %. Bei je einem Viertel der Fälle wurde eine Sexualtherapie im Paarsetting durchgeführt. 2004 haben – ähnlich wie bei den Frauen – Sexualberatung und Sexualtherapie im Einzelsetting anteilmässig deutlich zugenommen. Für beide Geschlechter lässt sich Folgendes sagen: *Sexualberatungen und Sexualtherapien im Einzelsetting nehmen zu und Sexualtherapien im Paarsetting nehmen ab.*

Die *Pharmakotherapie* spielte nur eine untergeordnete Rolle, wobei bei den Frauen vereinzelt ein Antidepressivum und bei den Männern ein PDE-5-Hemmer verordnet wurde.

### *Behandlungsabschluss und Weiterbehandlung*

Der *Abschluss der Behandlung* erfolgte bei beiden Geschlechtern in drei Viertel der Fälle in gegenseitigem Einvernehmen zwischen Arzt und Patient. In diesem Punkt zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den drei Jahrgangskohorten. Das *Behandlungsergebnis* wurde bei den Patienten, die zwei und mehr Konsultationen hatten, von den behandelnden Ärzten in ca. zwei Drittel der Fälle als gebessert und in einem Drittel als unverändert bzw. als unbekannt beurteilt.

Was die *Weiterbehandlung* betrifft, so wurden 1980 und 1990 bei beiden Geschlechtern gut zwei Drittel der Patienten an nichtärztliche Psychotherapeuten überwiesen. Bei lediglich ca. 10 % der Patienten wurde die Störung als geheilt beurteilt und keine Weiterbehandlung für erforderlich erachtet. 2004 zeigt sich für die Weiterbehandlung bei beiden Geschlechtern ein anderes Bild: Von den Frauen werden lediglich 23 % und von den Männern 11 % zur Weiterbehandlung an nichtärztliche Psychotherapeuten überwiesen. 44 % der Männer und 31 % der Frauen werden zur Nachbehandlung an einen praktizierenden Arzt, in der Regel den Zuweisenden, zurück überwiesen. An einen Psychiater werden 21 % der Patientinnen und 6 % der Patienten weitergewiesen, und als geheilt werden bei den Frauen 8 % und bei den Männern 19 % beurteilt.

## **Diskussion**

Sexualmedizinische Spezialsprechstunden an Universitätskliniken gibt es im deutschsprachigen Raum nur vereinzelt. Publikationen über deren Diagnose- und Behandlungsstatistiken liegen u. W. nicht vor, weshalb die Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht mit anderen verglichen werden können. In der vorliegenden Studie werden drei Jahrgangskohorten einer Sexualmedizinischen Sprechstunde evaluiert. Die Ergebnisse sind nur mit Vorbehalt vergleichbar, da die Einflussfaktoren für die Veränderungen im Zeitverlauf nur teilweise erfasst werden konnten.

### *Diagnosen*

Verlust oder Mangel an sexuellem Interesse ist bei *Frauen* sowohl in der Grundversorgung wie in der Spezialsprechstunde das mit Abstand am häufigsten geklagte sexuelle Syndrom, Tendenz steigend [11]. Dies wird auch aus anderen

westlichen Ländern berichtet [6, 7]. Die Ursachen für diese Störung sind vielfältig [13]. Oft sind somatische, psychische und soziokulturelle Faktoren im Zusammenspiel relevant. Die Bedeutung soziokultureller Faktoren für die Zunahme von Libidostörungen wird u. E. unterschätzt. Buddeberg [14] erwähnt in diesem Zusammenhang die *Vermarktung der Intimität*, die *Sexualisierung des öffentlichen Raumes* und die *Verdinglichung von Beziehungen*.

Bei den *Männern* ist die erektile Dysfunktion das am häufigsten vorgebrachte Problem. Für diese Störung zeigt sich im Hilfesuchverhalten der betroffenen Männer in den letzten Jahren eine Änderung: Die Behandlungsfälle in Praxen der ärztlichen Grundversorgung nehmen zu [11] und in der Spezialsprechstunde ab. Dies lässt sich am ehesten damit erklären, dass seit 10 Jahren mit den PDE5-Hemmern Medikamente zur Verfügung stehen, mit welchen vor allem altersbedingte Störungen der Erektionsfähigkeit wirksam behandelt werden können. Da Männer im Unterschied zu Frauen häufiger ein biologistisches Konzept der Sexualität [13] und im Gespräch über sexuelle Probleme mehr Hemmungen haben als Frauen [15], wenden sie sich heute erst dann an eine Sexualmedizinische Spezialsprechstunde, wenn ihnen die „Potenzpille“ nicht die erhoffte Hilfe bringt.

### *Behandlungsstatistik*

Deutliche Veränderungen zeigen sich beim Vergleich der drei Jahrgangskohorten in der *Behandlungsart* und der *Weiterbehandlung*. Hier ist zu berücksichtigen, dass für die Sexualmedizinische Sprechstunde am Universitätsspital Zürich seit ihrer Eröffnung 1976 konstant ein Missverhältnis zwischen der hohen Zahl von Anmeldungen und den bescheidenen personellen Ressourcen besteht. Dies hat zur Folge, dass die Wartezeit für eine Erstkonsultation Wochen bis Monate beträgt. Das Ergebnis, dass 2004 Beratungen und Therapien häufiger im Einzelsetting durchgeführt wurden, lässt sich damit erklären, dass bei Frauen und Männern der Anteil der Alleinstehenden mit eher lockeren und wechselnden Paarbeziehungen gegenüber früher zugenommen hat.

Während 1980 und 1990 ca. zwei Drittel der Fälle nach Abklärung der Störung zur Weiterbehandlung an nichtärztliche Psychotherapeuten überwiesen wurden, zeigt sich 2004 ein anderes Bild: Von den Männern werden 44 % und von den Frauen 31 % an die zuweisenden Ärzte zur Weiterbehandlung zurück überwiesen. An nichtärztliche Psychotherapeuten und Psychiater werden von den Männern nur 11 % bzw. 6 % weitergewiesen und bei den Frauen 23 % bzw. 21 %. Wie unsere Studie über die sexualmedizinischen Fälle in der Hausarztmedizin und die sexualmedizinische Kompetenz der Grundversorger ergab, haben sich 2004 das sexualmedizinische Wissen und die Behandlungskompetenz der niedergelassenen Ärzte deutlich verbessert [11].

Nicht wenige von diesen besuchen regelmässig sexualmedizinische Fortbildungskurse. Die niedrige Heilungsquote bei den Frauen lässt sich damit erklären, dass Libidostörungen oft Ausdruck einer länger dauernden Beziehungskrise sind und deshalb umfassender behandelt werden müssen als Erektionsstörungen, bei denen heute durch eine medikamentöse Therapie rascher Besserungen erzielt werden können.

### *Vergleich Spezialsprechstunde – Grundversorgung*

Vergleicht man die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit den erwähnten Befragungen zur Sexualmedizin in der ärztlichen Grundversorgung [11], so zeigen sich unterschiedliche Entwicklungstendenzen:

- In der ärztlichen Grundversorgung haben sexuelle Probleme bei körperlichen Erkrankungen im Längsverlauf deutlich zugenommen. Sie spielen in einer Sexualmedizinischen Spezialsprechstunde nur eine untergeordnete Rolle.
- Sexuelle Fragen in Zusammenhang mit oraler Antikonzeption sind ebenfalls ein Problembereich der ärztlichen Grundversorgung.
- Bei *Frauen* sind sowohl in der Grundversorgung wie in der Spezialsprechstunde Störungen der sexuellen Appetenz das dominierende Problem.
- Bei *Männern* sind Erektionsstörungen ebenfalls in beiden Behandlungssettings die häufigste Störung. Sie nehmen jedoch in der Spezialsprechstunde ab und in der Grundversorgung zu.
- Bei beiden Geschlechtern fallen 2004 ca. ein Viertel der Fälle in die Kategorie „andere Störungen“. Bei den Frauen sind dies vor allem sexuelle Erlebnisstörungen und bei den Männern sexuelle (Internet)-Sucht.
- Die Zahl von alleinstehenden Personen, die sequentiell Paarbeziehungen eingehen und nach einiger Zeit wieder auflösen, nimmt zu. Dies führt dazu, dass die Nachfrage nach Sexualberatung und Sexualtherapie im Einzelsetting zunimmt.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten der Grundversorgung und sexualmedizinischen Spezialisten hat sich dank den Fortschritten der Sexualmedizin und –therapie merklich verbessert [13, 16, 17]. Dies zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie im Vergleich mit den erwähnten Studien über die Sexualmedizin in der Grundversorgung aus früheren Jahren [11].

### **Schlussfolgerung**

Sexualität und sexuelle Störungen sind ein Spiegelbild des soziokulturellen Wandels unserer Gesellschaft [18]. Sie können heute differenzierter diagnostiziert und spezifischer behandelt werden. Dank der steigenden Lebenserwartung und der Zahl von Frauen und



Männern, die bei guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen, hat die Bedeutung der Sexualität für die Lebenszufriedenheit in der zweiten Lebenshälfte zugenommen. Sexualmedizin als interdisziplinäres Fach verschiedener Disziplinen sollte sowohl im Medizinstudium wie in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung ein obligatorisches Element sein. Die Wechselbeziehung zwischen soziokulturellen Entwicklungen der Sexualität als einem gesellschaftlichen Phänomen und der Sexualität des Individuums bzw. von Zweierbeziehungen ist ein faszinierendes Gebiet, für welches sich Ärzte verschiedener Fachdisziplinen interessieren und einsetzen sollten.

## **Literatur**

1. Mulhall J, King R, Glina S, Hvidsten K. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. *J Sex Med.* 2008;5:788-795.
2. Beutel M, Stobel-Richter Y, Brahler E. Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: results from a representative German community survey. *BJU Int.* 2008 January 1, 2008;101:76-82.
3. Derogatis LR, Burnett AL. The epidemiology of sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2008;5:289-300.
4. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med.* 2006;3:589-595.
5. Bucher T, Hornung R, Buddeberg C. Sexuelle Zufriedenheit in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Z Sexualforschung.* 2003;16:249-270.
6. Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions, results from a decade of research. *Arch Sex Behav.* 2001;30:177-219.
7. Brock G, Nicolosi A, Glasser DB, Gingell C, Buvat J. Sexual problems in mature men and women: results of a global study. *Int J Import Res.* 2002;14(Suppl 3):57-58.
8. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S, et al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ.* 2003;327:426-427.
9. Hayes RD, Bennet CM, Dennerstein L, Taffe JR, Fairley CK. Are aspects of study design associated with the reported prevalence of female sexual difficulties? *Fertil Steril.* 2008;90:497-505.
10. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress About Sex: A National Survey of Women in Heterosexual Relationship. *Arch Sex Behav.* 2003;3:193-203.
11. Buddeberg C, Jecker E, Klaghofer R, Dietz C, Götzmann L. Sexualmedizin in der ärztlichen Grundversorgung: Entwicklungen 1980 - 1990 - 2004. *PRAXIS.* 2007;96:721-725.
12. Moreira ED Jr, Hartmann U, Glasser DB, Gingell C. A population survey of sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behavior in middle-aged and older adults in Germany. *Eur J Med Res.* 2005;18:434-443.
13. Buddeberg C. Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater. 4. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2005.
14. Buddeberg C. Lustverlust - ein sexuelles und akademisches Phänomen. [Abschiedsvorlesung Universität Zürich, 14.05.2009]. In press 2009.

15. Buddeberg C, Bitton A, Eijsten A, Casella R. Management eines Tabus. EXPECT-Studie: Therapie der erektilen Dysfunktion aus der Sicht von Ärzten und Patienten. ARS MEDICI. 2007;14:689-692.
16. Beier KM, Bosinski H A G, Loewit K. Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis. 2. Aufl. München: Elsevier, Urban&Fischer; 2005.
17. Clement U. Systemische Sexualtherapie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004.
18. Hornung R, Buddeberg C, Bucher T. Sexualität im Wandel. Zürich: vdf Hochschulverlag AG; 2004.

### **Korrespondenzadresse**

*Prof. Dr. med. Claus Buddeberg  
Abteilung Psychosoziale Medizin  
Universitätsspital Zürich  
Haldenbachstrasse 18  
CH-8091 Zürich  
[claus.buddeberg@usz.ch](mailto:claus.buddeberg@usz.ch)*